

방문간호 간호조무사 교육기관 지정 신청서

※ 아래의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일자	처리기간	60일
------	------	------	-----

①기 관 명			
②소 재 지			
③신청인 성명		④전화번호	

⑤지정 받으려는 사항

가. 교육생정원 신청인원:

나. 교육개시 예정일:

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제11조의2제2항에 따라 방문간호 간호조무사 교육기관의 지정을 받고자 관계서류를 첨부하여 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 교수요원(전공 전임교수 및 실습지도 겸직교수)의 성명 및 이력이 적힌 서류 2. 실습협약기관 현황 및 협약 약정서 3. 교육계획서 및 교과과정표 4. 해당 방문간호 간호조무사 교육과정에 사용되는 시설 또는 장비현황
------	---

작성방법 및 유의사항

- ①: 신청한 기관명을 적습니다.
- ②: 신청한 기관의 주소를 적습니다.
- ③・④: 신청한 기관의 대표자 성명 및 전화번호를 적습니다.
- ⑤: 지정 받으려는 교육생정원 신청인원과 교육개시 예정일을 적습니다.

처 리 절 차

신청서 제출 신청인	➔	접수 및 검토 (지정서 발급) 처 리 기 관 (보건복지부)	➔	지정서 수령 신청인
---------------	---	---	---	---------------